

# NOTIFICACION DE ACCION

CONDADO DE \_\_\_\_\_

STATE OF CALIFORNIA  
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY  
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : \_\_\_\_\_  
Nombre del caso : \_\_\_\_\_  
Número Nombre del trabajador : \_\_\_\_\_  
Número : \_\_\_\_\_  
Teléfono : \_\_\_\_\_  
Dirección : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

┌  
  
  
└

┌  
  
  
└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

**Audiencia con el estado:** Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla.

A partir de \_\_\_\_\_, el Condado aprobó su petición para que se pague por los siguientes artículos que se necesitan para su actividad aprobada del Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (*Welfare to Work - WTW*):

Artículo	Costo
_____	\$ _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
<b>Total</b>	<b>\$ _____</b>

Los pagos:  se le darán por adelantado  se le reembolsarán  
 se le pagarán a la tienda  se le pagarán a la escuela  
 otro: \_\_\_\_\_

No se aprobó el pago que usted solicitó para los siguientes artículos:

Artículo	Artículo
_____	_____
_____	_____

La razón es la siguiente:

- El costo no era necesario porque: \_\_\_\_\_
- Usted no necesitaba \_\_\_\_\_ para su actividad de WTW porque: \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_

A partir de \_\_\_\_\_, el Condado negó su petición para que se pague por los siguientes artículos necesarios para su actividad aprobada de WTW o para obtener empleo:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

La razón es la siguiente:

- Usted no estaba participando en una actividad aprobada de WTW.
- El costo no era necesario porque: \_\_\_\_\_
- Usted no necesitaba estos artículos para su actividad de WTW porque: \_\_\_\_\_
- Otra: \_\_\_\_\_

Puede llamar a su trabajador de WTW si tiene preguntas.

**Reglas:** Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: MPP 42-750.113 y .114